

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

13 мая 2023 г. № 82

**Об установлении формы письменного согласия
реципиента на переливание крови и (или) ее
компонентов**

На основании абзаца пятнадцатого части первой статьи 9 Закона Республики Беларусь от 30 ноября 2010 г. № 197-З «О донорстве крови и ее компонентов», подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Установить форму письменного согласия реципиента на переливание крови и (или) ее компонентов согласно приложению.
2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

Д.Л.Пиневиц

ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ
реципиента на переливание крови и (или) ее компонентов

Мне, _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется),
вписывается собственноручно реципиентом или одним из его родителей, усыновителей
(удочерителей), опекуном, попечителем несовершеннолетнего, опекуном недееспособного,
супругом (супругой) или одним из близких родственников (родителей, усыновителей
(удочерителей), совершеннолетних детей, в том числе усыновленных (удочеренных), родных
братьев и сестер, дедов, бабок, совершеннолетних внуков) лица, не способного по состоянию
здоровья к принятию осознанного решения)

разъяснены: состояние моего здоровья, выбранные методы оказания медицинской помощи,
цели медицинских вмешательств и их прогнозируемые результаты, наличие у меня
медицинских показаний к переливанию крови и (или) ее компонентов и (или) возможность
внезапного возникновения заболеваний, состояний и (или) обострения хронических
заболеваний, при которых может потребоваться переливание крови и (или) ее компонентов.

Я информирован(а) о том, что настоящее письменное согласие может быть отозвано
мною, за исключением случаев, когда медицинское вмешательство уже началось и его
прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны или связаны
с угрозой для моей жизни и здоровья.

Я даю согласие на переливание крови и (или) ее компонентов и прошу работников
организации здравоохранения _____
(полное наименование)

_____ (полное наименование)
организации здравоохранения)
о проведении переливания крови и (или) ее компонентов при наличии у меня медицинских
показаний.

Настоящее письменное согласие распространяется на (ненужное зачеркнуть):
все случаи переливания крови и (или) ее компонентов в течение всего периода
оказания медицинской помощи в организации здравоохранения _____
(полное наименование)

_____ (полное наименование)
организации здравоохранения)
переливание крови и (или) ее компонентов в течение _____
(дата планируемого)

_____ (полное наименование)
переливания крови и (или) ее компонентов вписывается собственноручно реципиентом)
Я предупрежден(а) о возможном ухудшении здоровья в результате предстоящего
медицинского вмешательства.

Мне в доступной для понимания форме разъяснены возможные последствия
переливания крови и (или) ее компонентов (трансфузионные реакции, посттрансфузионные
осложнения, в том числе представляющие угрозу для жизни и (или) здоровья, остаточный
риск инфицирования трансфузионно-трансмиссивными инфекциями), а также возможные
последствия отказа от переливания крови и (или) ее компонентов.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а)
исчерпывающие ответы в доступной для понимания форме.

Я подтверждаю, что в случае отзыва согласия на переливание крови и (или) ее
компонентов может возникнуть угроза для моей жизни и (или) здоровья.

(подпись реципиента)

(инициалы (инициал) собственного
имени, фамилия реципиента)

_____ ч _____ мин _____ 20__ г.

(подпись, инициалы (инициал) собственного
имени, фамилия врача-специалиста)